



RESUMEN

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO 2000 AL 2006, CUENCA – ECUADOR

Antecedentes: La mortalidad materna es un problema importante de salud pública, especialmente en los países menos desarrollados. **Objetivo:** Determinar la recurrencia de mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2000 al 2006. **Método:** Estudio de tendencia de la mortalidad materna de tipo descriptivo. El número de muertes maternas, recién nacidos vivos, edad de las fallecidas, estado, civil, control prenatal, factores de riesgo, días de hospitalización y causas de muertes, se extraen de las Historias Clínicas y Anuarios de Estadísticas Vitales. **Resultados:** En el período estudiado la tasa promedio de mortalidad materna fue 14,09/10.000 nacidos vivos. La edad promedio donde ocurrieron el mayor porcentaje de MM fue entre los 24 y 30 años y la mayor tasa de muerte por edad correspondió a las madres entre los 41-50 años con un 9.9 x 1000 partos. 18 (45%) pacientes habían asistido a control prenatal. 33 (83%) pacientes se relacionaba la muerte con factores de tipo biológico. Un 67% de pacientes residían del área rural. 33 (82%) fueron MM directas. Las primeras 5



causas de muerte materna fueron: Eclampsia (60%), sepsis puerperal (14%), hemorragia postparto (5%), falla multisistémica (5%) y shock hipovolémico (5%). El intervalo entre admisión y muerte fue dentro de las primeras 24 horas en el 39 % de los casos. **Discusión:** La Tasa de MM del HVCM al ser un hospital de referencia del Azuay muestra cifras similares a las de otros hospitales de Colombia y Venezuela. Se recomienda adoptar nuevas metodologías de análisis de la MM y evaluar otras estrategias para prevenirla en nuestro medio.

PALABRAS CLAVES: *Mortalidad materna, HVCM, Cuenca.*

INDICE

CAPITULO I

Introducción.....	9
-------------------	---

CAPITULO II

Fundamento teórico

Mortalidad Materna

Definición.....	11
Epidemiología.....	14
Factores de Riesgo.....	24
Síntomas de alarma.....	27
Causas de Muerte Materna.....	34
Consecuencia de la Muerte Materna.....	35

CAPITULO III



Objetivos.....	38
Objetivo general	
Objetivos específicos	
 CAPITULO IV	
Metodología.....	39
Tipo y diseño de la investigación.....	39
Operacionalización de variables.....	39
Plan de observación de campo.....	46
 CAPITULO V	
Resultados.....	47
 CAPITULO VI	
Discusión.....	65
 CAPITULO VII	
Conclusiones.....	71
Recomendaciones.....	74
 Referencias Bibliográficas.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	81



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO

**MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, PERIODO 2000 AL 2006, CUENCA
– ECUADOR**

AUTORES

Blanca Moscoso P.

Susana Naranjo V.

Diego Novillo O.

DIRECTOR

Dr. Oswaldo Cárdenas

ASESOR

Dr. Nicolás Campoverde

Cuenca – Ecuador

2007



RESPONSABILIDAD

Las opiniones vertidas a continuación son de responsabilidad de los autores del documento.

Blanca Moscoso_____

Susana Naranjo_____

Diego Novillo_____



Dedicatoria

A mi esposo, a Karito mi hija y a mis padres que siempre me apoyaron y confiaron en mí.

BLANQUI

A mi esposo, a mi hija Cami, a mi padre y en especial a mi madre por su esfuerzo. Los amo

SUSY

A mi madre por su apoyo incondicional, a mi hijo por darme las fuerzas para luchar y a mi vida por enseñarme a amar con el corazón.

DIEGO



AGRADECIMIENTO

A cada una de las personas que de una u otra forma intervinieron y nos brindaron su apoyo para la realización de este documento, al Dr. Oswaldo Cárdenas y Dr. Nicolás Campoverde por guiarnos y trabajar en conjunto con nosotros.



'Tal vez ser madre sea padecer en un paraíso, pero cada sociedad elabora su propia versión del paraíso doméstico'



El contacto físico de la madre y el niño, su cuidado y afecto, influirán en el hijo para toda la vida



CAPITULO I

INTRODUCCION

La mortalidad materna, al igual que la mortalidad infantil, no es sólo un indicador de salud; es un indicador de desarrollo, de equidad y de justicia.

Durante la última década del siglo XX, hubo grandes esfuerzos dirigidos a la disminución de la mortalidad materna en Latinoamérica; sin embargo, en muchos de nuestros países, sigue siendo un ESTIGMA de dolor y sufrimiento para nuestros pueblos más pobres. Por ello, iniciado el siglo XXI debemos preguntarnos: ¿estamos dirigiendo nuestros esfuerzos hacia sus causas principales?

Mucho del esfuerzo de lucha contra la Mortalidad Materna en los últimos 20 años ha estado dirigido a programas de Planificación Familiar, entendidos mayormente como el suministro de diversos métodos anti-anticonceptivos, a los que hoy tienen acceso la mayoría de las parejas en situación de vida fértil.¹⁰

En los países andinos, la tasa global de fecundidad ha descendido significativamente en los últimos 30 años. La



proyección de esta disminución sostenida no sólo cerrará las brechas entre diferentes naciones, sino que nos aproximará, en las próximas décadas, a la situación del límite de reposición de población en el que viven los países desarrollados al presente.

Sin embargo en el Ecuador la mortalidad materna (MM) sigue siendo un problema de salud pública que aqueja a las mujeres pobres, desposeídas y analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad principalmente en los países en vías de desarrollo, como un reflejo de la inequidad global.² Es uno de los indicadores más importantes del acceso a los servicios de salud. Aunque se ha documentado una tendencia a la disminución, principalmente en los países desarrollados, el problema continúa siendo muy grave en los demás países en vías de desarrollo.

La vigilancia en salud pública (VSP) de la MM es una herramienta útil para identificar sus causas y contribuir en la búsqueda de la solución del problema. Particularmente incluye el análisis individual de los casos y la propuesta de acciones intersectoriales conjuntas tendientes a evitar que situaciones similares sigan ocurriendo.



El presente informe tiene como objetivo describir las características, causas, factores de riesgo de los casos de MM ocurridos durante 6 años en el Hospital VICENTE CORRAL MOSCOSO (HVCM), ubicado en la ciudad de Cuenca (Azuay / Ecuador). Se espera que los datos aquí presentados alimenten la reflexión sobre la manera de prevenir y controlar el problema de la MM entre los tomadores de decisiones, las autoridades civiles y académicas.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

Mortalidad Materna

DEFINICION

La Mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.(CIE 10, 1993/OMS) (1)



La mortalidad materna se mide mediante la tasa de mortalidad materna, la cual se obtiene a través de la relación entre el número de muertes maternas y de nacidos vivos registrados, en un determinado lapso de tiempo, que generalmente es de un año.

Al estar construida por la relación entre universos de diferentes sectores de población, a diferencia de lo que ocurre con otras tasas, los expertos insisten en que no es adecuado llamarla "tasa" a este indicador y que lo correcto es denominarlo "razón". Sin embargo, mientras se arriba a un consenso entre todos los países, se sigue utilizando el término "tasa", la misma que se obtiene dividiendo el Número de muertes maternas para el Número de nacidos vivos registrados multiplicado por 1000, 10000, 100000, etc.

Independientemente de cómo se la llame, resulta complicado calcular este indicador. A los problemas mencionados en la estimación del numerador, se añaden los relativos al denominador. Por si fueran pocos los obstáculos descritos, existen discrepancias en las cifras manejadas por diferentes instituciones: Registro Civil, Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Consejo Nacional de Población y el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones



(SEED). (2). De ahí el retraso en la obtención de la información y que la más recientemente disponible corresponda al año 2001.

La enfermedad de la madre y su muerte comprometen la salud y el bienestar de toda la familia, sobre todo de los niños/as pequeños. La mortalidad materna es un reflejo de los problemas de salud que afectan a la mujer en edad fértil que se encuentra embarazada.

Las causas maternas explican la mayor proporción de las muertes de mujeres, por ello, la mortalidad materna es un indicador indirecto de la importancia que una sociedad y su estado asignan al cuidado de la salud de las mujeres. El alto subregistro de la mortalidad materna --que según algunos estudios sobrepasa el 50%-- es motivo de preocupación para los sistemas de información e impide el reconocimiento de las dimensiones del problema.

Las tasas de mortalidad materna --en cuanto indicador de salud-- permiten evaluar la calidad de asistencia prestada a las madres en el período prenatal y durante y después del parto. El descenso de la mortalidad materna está relacionado --como en la mayoría de casos de reducción de la mortalidad general-- con el progreso en el uso de la quimioterapia y



antibióticos, así como con los mejores cuidados prenatales y del parto. Pero también es un indicador de las condiciones socioeconómicas de la población y de la valoración social de la condición femenina. Las mujeres que pertenecen a grupos sociales desfavorecidos tienen un riesgo más alto de morir por una causa materna.

Los indicadores asociados a la mortalidad materna

Los indicadores del control del embarazo reflejan la capacidad de los servicios de salud de detectar a tiempo el riesgo obstétrico y evitar la muerte materna. Una de las recomendaciones para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas es espaciar el número de hijos; la cercanía de los partos produce una declinación en la salud y el nivel nutricional de algunas mujeres denominado el síndrome de privación maternal. La atención del parto por personal profesional y capacitado es una manera de medir las acciones de los servicios para proteger a las mujeres de los riesgos de muerte por causas obstétricas. ⁽³⁾

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE MATERNA

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son



consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocurren en la actualidad alrededor de 650 000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países a los que se considera en vías de desarrollo.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan; el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.

Son condicionantes también, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior. (4)



En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas, y a la vez el sector cuenta desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico para impedir las.

La evitabilidad estimada de las muertes maternas oscila, de acuerdo con diferentes estudios realizados en América Latina, entre un 52% en México a un 92% en Colombia. Si toda la Región de las Américas tuviera condiciones similares a las del Canadá, las muertes maternas se reducirían 47 veces. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta familiar al respecto de la maternidad y el uso de servicios de salud, se podría evitar 85% de las mismas.

El impacto social y familiar de la muerte de una madre es muy alto, este es un indicador que refleja el nivel de inequidad y el desarrollo socio económico de los países.

La mujer mas afectada en nuestro medio es la mujer indígena con escasa educación, ama de casa y multípara. La mayor parte muere en el hogar, sin atención calificada.



Las mujeres mueren dentro de las 24 horas subsiguientes al parto, y que en su mayoría deja un alto porcentaje de niños huérfanos, Se deben realizar intervenciones focalizadas en las causas de muerte en municipios y comunidades de mayor riesgo y para implementar acciones que aumenten el acceso a servicios con personal competente a la hora del parto. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales sanitarios, nutricionales y condiciones económicas precarias.

La mortalidad materna en Ecuador, no es solamente una desventaja sanitaria, sino también es una desventaja social. Si bien sabemos que las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no pueden prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son evitables. El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial, ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada, facilitar el



acceso a servicios que brinden una atención humanizada y calificada.

Hay varias estrategias para reducir las demoras que determinan la mortalidad materna, la ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo esta compuesta por una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención de calidad para salvar su vida. Las mujeres embarazadas y sus familias generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de la mujeres y de los recién nacidos (as). A esta falta de reconocimiento se le conoce como la **primera demora**. Aun cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por si misma en busca de atención adecuada y oportuna. Esto se conoce como la **segunda demora**. Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud, lo que constituye la **tercera demora**. Finalmente, la **cuarta demora** consiste en una atención deficiente y retardada, ya sea por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por la falta de insumos y equipo médico-quirúrgico apropiado. (5)



Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, una experiencia de vida, que en ocasiones se convierte en experiencia de muerte. La mortalidad materna como problema de salud pública no resuelto, además de su impacto desfavorable en el ámbito más esencial de la sociedad genera en todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional un malestar general que además conllevan a la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio; por tal motivo, es necesario promover y favorecer la Salud Materna a través de una Maternidad sin Riesgos. En este sentido, el estatus de la mujer debe ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad; esto entraña que a la mujer se la sitúe en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones.

Cada madre tiene el derecho a gozar de un Embarazo Saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención, sin pasar por alto que un aspecto fundamental de la mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea para que sus hijos/as gocen en



condiciones de equidad y de pleno derecho, de los beneficios de lograr un desarrollo pleno. (ibid)

Pobreza y mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la iniquidad y la exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo. El 99% sucede en los países en desarrollo. Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De ese modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición. La mortalidad materna expresa, además, la iniquidad de género para la toma de decisiones, para los derechos fundamentales y los servicios sociales.

La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres, excluidas de los servicios de educación y salud, quienes carecen de poder para decidir aún en el seno de sus propias familias. Detrás de estas muertes se agazapa la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. (7)

Pero no sólo expresa la pobreza, es también causa de la misma. En por lo menos la cuarta parte de hogares con



varones como jefes de familia, las mujeres aportan con más de la mitad de los ingresos. La muerte de esa mujer profundiza la pobreza familiar. Es aún peor cuando la mujer que muere es cabeza de familia. En Perú, esto sucede en 20% de hogares (ibid)

El costo social de la mortalidad materna se expresa en la consecuente desorganización familiar. Los niños ven incrementarse el riesgo del abandono, con sus consecuencias de desnutrición y deficiente educación. Los niños de un hogar que pierde a su madre se profundizan en el círculo vicioso de la pobreza.

MORTALIDAD MATERNA EN ECUADOR Y AMÉRICA

Alrededor de 23.000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo. La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer. En Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3.500. (8)

Los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos realizados en la región indican que los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras



culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutive de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas.

El 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y 300 millones de grávidas sufren complicaciones en el corto o largo plazo. Hay 60 millones de partos anuales se verifican sin atención profesional.

En el Ecuador la ENDEMAIN-1994 presentó estimaciones sobre la razón de mortalidad materna por no contar con otra fuente de datos que mida la mortalidad materna del país. Con este propósito, también en la ENDEMAIN-2004 se incluyó el módulo para recolectar la información básica que requiere la metodología de la “hermana viva.” Aunque la muestra es suficientemente grande para estudiar la mayoría de indicadores de la salud reproductiva, no resulta ser suficiente para medir los cambios en la razón de mortalidad materna. El valor estimado para la razón de mortalidad materna bajó de 159 para el período 1988-1994 a 107 para el período 1994-



2004, sin embargo, este cambio no es estadísticamente significativo.

Del total de nacimientos para los cuales las madres tuvieron al menos un control prenatal, el 63.5 por ciento recibió el control en los establecimientos del MSP y el 22.3 por ciento en clínicas o de médicos privados. El MSP es la fuente principal para la mayoría de la población indígena que tuvo al menos un control prenatal. (9)

En general, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, que realicen la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

Evitar la mortalidad materna, no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de



comunicación, es decir: “La mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio Riesgo Reproductivo y Obstétrico”.

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE MATERNA

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.

De acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son 5 las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado con mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores de riesgo como son: (10)



BIOLÓGICOS: Edad materna igual o menor a 19 años o mayor de 35, Hipertensión crónica, diabetes en el embarazo, preeclampsia y eclampsia, infección urinaria, ITS, hemorragias de tercer trimestre (placenta previa, abrupcio placenta y ruptura uterina), aborto espontáneo, aborto séptico, embarazo ectópico, enfermedad trombotológica gestacional, isoinmunización y embarazo múltiple.

PSICOLÓGICOS: Consumo de sustancias psicoactivas, depresión severa, trastorno mental, inestabilidad afectiva, antecedentes de maltrato y embarazos no deseados.

SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES: Bajo nivel socio-económico, difícil accesibilidad geográfica a los servicios de salud, inasistencia al control prenatal, baja autoestima en las adolescentes y desintegración familiar.

Es por eso que el cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de



riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Asociación entre algunos factores de riesgo y aumento de la morbimortalidad materno - perinatal

Fumar durante el embarazo

- Aborto espontáneo
 - Bajo peso al nacer
 - Parto prematuro
 - Retardo en el crecimiento intrauterino
 - Desprendimiento prematuro de la placenta
 - Inserción anormalmente baja de la placenta
 - Muerte fetal
 - Muerte del recién nacido
- en los 7 primeros días de vida

Edad materna igual o mayor a 35 años

- Aborto espontáneo
- Bajo peso al nacer
- Parto prematuro
- Retardo en el crecimiento intrauterino
- Muerte fetal
- Diabetes gestacional
- Preeclampsia
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Embarazo múltiple
- Muerte materna

Edad materna igual o menor a 19 años

- Parto prematuro
- Muerte del recién nacido en los 7 primeros días de vida
- Hemorragia posparto
- Infección uterina después del parto



- Muerte materna en embarazadas menores de 15 años

Obesidad materna antes del embarazo

Preeclampsia

Diabetes gestacional

MULTIPARIDAD (mujeres con 5 ó más partos previos)

- Inserción anormalmente baja de la placenta
- Hemorragia posparto

Intervalos cortos entre los embarazos (menor de 6 meses)

- Parto prematuro
- Muerte fetal
- Muerte del recién nacido en los 7 primeros días de vida
- Anemia materna
- Infección uterina después del parto
- Desprendimiento prematuro de la placenta

SIGNOS DE ALARMA DE LA MUERTE MATERNA

Según la OMS (2002) los signos de alarma constituyen aquellos signos y síntomas que indican que la salud de la mujer embarazada y del niño está en peligro, estos signos de alarma pueden ser: (11)

Dolor de cabeza



El dolor de cabeza o cefalea es un síntoma bastante frecuente durante el embarazo. Puede aparecer en una mujer que nunca lo padeció o bien como reaparición de un síntoma ya presente fuera del embarazo. El momento de aparición más típico es el primer trimestre, puede obedecer a diferentes factores asociados al embarazo, tales como:

Hipertensión

Preeclampsia moderada o grave

Eclampsia, cuando se presenta además convulsiones o ataques.

Nauseas y vómitos

Son producto de la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonadotrofina coriónica y la progesterona, estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo en el estómago, otros factores que producen náuseas pueden ser el estrés, las pastillas de hierro, la indigestión, o bien los olores fuertes.

Tienen también un componente psicológico importante, que a veces resulta predominante. Esto se ve en los casos de miedos relacionados con posibles enfermedades en el bebé o temores al parto, ya sea por dolor o por la inminente



responsabilidad de ser madre, con todos los cambios que llevará aparejada esta nueva situación.

Todas estas alteraciones digestivas van desapareciendo solas en los primeros dos o tres meses, a medida que los niveles de las hormonas disminuyen por el desarrollo del embarazo.

Pueden causar deshidratación, con pérdida de sales del cuerpo (sodio y potasio) y pérdida de peso mayor del 5% al peso inicial del embarazo. Esta enfermedad ocurre en un 0,3 al 1% de los embarazos y tiende a presentarse con mayor frecuencia en madres primerizas y adolescentes.

Disminución o ausencia de movimientos del niño

Puede presentarse en caso de:

Desprendimiento prematuro de la placenta

Rotura uterina

Sufrimiento fetal

Muerte fetal.

Palidez

El déficit de hierro en el embarazo determina una alteración de la salud materna ya que el consumo de las reservas



ocasiona una anemia clínica. A veces una mujer anémica no presenta ningún síntoma, sólo se podrá saber con un análisis de sangre, los síntomas de la anemia son la palidez, especialmente en dedos, labios y debajo de los ojos, palpitaciones, falta de aire y poco poder de concentración.

Hinchazón de pies, manos, cara

La hinchazón o edema es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y en los primeros 10 días después del parto.

Se produce por el aumento de líquidos en el cuerpo como consecuencia de las hormonas del embarazo. Este líquido pasa de las venas a los tejidos, causando hinchazón en la zona afectada.

Es más frecuente en embarazos múltiples o cuando se ha aumentado demasiado de peso, también aparece en épocas del año calurosas o con mucha humedad en el ambiente o bien por estar parada por largos ratos, la retención de líquidos excesiva, que se extiende a la cara, cuello y manos, puede a veces ser el inicio de preeclampsia o una enfermedad renal.



Pérdida de líquido por la vagina

Puede ser un indicador de:

Rotura prematura de membranas

Trabajo de parto pretérmino

Trabajo de parto a término.

Pérdida de sangre por la vagina

Si se produce durante las primeras 22 semanas del embarazo, puede ser debido a:

Embarazo ectópico

Aborto

Embarazo molar (masa de quistes en lugar del feto).

Si la hemorragia vaginal se produce después de las 22 semanas del embarazo, puede ser debido a:

Desprendimiento prematuro de la placenta

Rotura del útero

Placenta previa.

Molestias al orinar

Es frecuente durante el embarazo experimentar alteraciones en la micción, desde una simple urgencia o necesidad imperiosa de orinar, hasta la pérdida involuntaria de la orina.



Esto se produce porque el útero al crecer va aplastando la vejiga contra la pelvis.

Las molestias urinarias también pueden ser manifestaciones de infección urinaria y enfermedad venérea.

Dolor abdominal

Si se produce durante las primeras 22 semanas del embarazo, puede ser:

Aborto

Embarazo ectópico

Quiste de ovario

Apendicitis

Cistitis

Pielonefritis

Peritonitis.

Si el dolor abdominal se produce después de las 22 semanas del embarazo, puede ser:

Posible trabajo de parto pretérmino o a término

Desprendimiento prematuro de placenta

Rotura uterina

Pielonefritis

Peritonitis.



Aumento de peso más de dos kilos por semana

Lo ideal en el embarazo es aumentar entre 9 y 15 kilos de peso en los nueve meses de gestación cuando se comienza con un peso normal. Si se comienza con un peso inferior al ideal, lo más probable es que se aumenten unos kilos extras, y si se comienza con exceso de peso sería óptimo no aumentar más de 6 a 9 kilos.

En las embarazadas con una estatura menor a 1,50 metros, adolescentes o en casos de embarazos múltiples es mejor consultar al equipo médico que le controla para un seguimiento más personalizado.

El sobrepeso puede poner en riesgo la vida de la madre y la del bebé ya que está asociado a complicaciones del embarazo como preeclampsia y diabetes, más aún si el sobrepeso es mayor al 20% del peso recomendable. Además el sobrepeso aumenta los riesgos de tener bebés de alto peso al nacer, lo que aumenta la incidencia de operaciones cesáreas al momento del parto.

Por estos motivos es muy importante lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo, para que puedan conocer estos síntomas y así prevenir las



complicaciones que estos conllevan y de esa forma participar de una manera responsable en el auto cuidado de su salud.

CAUSAS DE MUERTE MATERNA

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos. (12)

Desde el punto de vista obstétrico se clasifican en:

Causas Obstétricas directas: Generadas como consecuencia de complicaciones debidas a tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, o por la conjugación de éstos. Ejemplo: eclampsia, sepsis, atonía uterina, hemorragia post-parto, aborto, etc.

Causas Obstétricas indirectas: Generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste, provocan la muerte porque son



agravadas por el efecto fisiológico del embarazo. Ejemplo: enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA, anemia, etc.

La relación entre causas y muertes señala como factores influyentes: a) la baja cobertura de la atención prenatal; b) la falta de accesibilidad y calidad de los servicios; c) la baja calidad de la atención y la falta de capacidad resolutive de las emergencias obstétricas; d) la alta incidencia de cesáreas a nivel público, con mayor frecuencia en el sector privado. Todos estos aspectos no pueden desligarse de las condiciones de subordinación de la mujer por razones de género en la atención del proceso reproductivo, lo cual ha sido descrito por distintos autores como una de las expresiones de violencia de género.

CONSECUENCIAS DE LA MUERTE MATERNA

Las complicaciones durante la gravidez y el parto representan cerca del 18% de la carga total de daños a la salud de las mujeres en edad reproductiva. Cuando muere una mujer, su familia y grupo social están menos bien en términos sociales y económicos: se pierde la contribución a la gerencia en las actividades de la familia y en la provisión de atención a los niños y a otros miembros de la familia; la



economía pierde la contribución de esa mujer en la fuerza de trabajo; su grupo social pierde un miembro vital cuyo trabajo no remunerado es en ocasiones, crucial para la vida del grupo. Los niños son los que más sufren: cuando una madre muere, los niños que sobreviven son 3 a 10 veces más susceptibles de morir en los próximos dos años, que los niños que viven con ambos padres; los niños sin madre parecen tener menos atención y educación conforme van creciendo. Las percepciones y el trabajo de la mujer en el hogar (de los cuales depende que la mujer esté saludable) crecen en importancia. Además, el número de hogares encabezados por mujeres está creciendo en todo el mundo. Actualmente, el 30% de los hogares en países de África y América Latina están encabezados por mujeres y muchos incluyen niños de corta edad. Algunos estudios muestran que las mujeres son más propensas que los hombres a gastar sus propias percepciones para mejorar el bienestar de la familia, adquiriendo alimentos complementarios, atención a la salud, artículos escolares y ropa para los niños pequeños.

La mortalidad materna es un indicador fiable del estatus socio-económico de la mujer, de su accesibilidad a la salud y de la calidad de los servicios sanitarios en un país. La utilización de la consulta prenatal y la asistencia cualificada al parto se encuentra muy



relacionada con el estatus socioeconómico: podemos decir que los más pobres de casi todos los países no utilizan estos servicios, y que en los países menos desarrollados solamente las familias más pudientes se benefician de ellos.

IMPACTO A LARGO PLAZO

La prevención puede ser costo-efectiva. La reducción de la gravidez no deseada y la mejoría de la salud materna evita millones de muertes prematuras y discapacidades a largo plazo y puede economizar los costos de la atención a la salud de familias y gobiernos.

El fortalecimiento de los servicios de salud materna beneficia al Sistema de Salud. Asegurar que el centro de salud está equipado para proporcionar atención obstétrica, transfusión de sangre, anestesia y cirugía, significa que también se puede proporcionar atención para accidentes, traumas y otras emergencias médicas. Esta capacidad de tratamiento beneficia a toda la sociedad, no sólo a las mujeres.

Un buen servicio de salud motiva la búsqueda de la atención preventiva. Las mujeres que reciben buena atención durante la gestación y el parto parecen tener más credibilidad en otros servicios de salud para ellas o para sus familiares. Como resultado, pueden utilizarlos para asegurar la salud de



los niños, para la planificación familiar o para otros servicios de salud. (13)

CAPITULO III

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la recurrencia de mortalidad obstétrica en el Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2.000 al 2.006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la recurrencia de mortalidad materna.
2. Identificar variables de persona como edad, estado civil, residencia habitual, control prenatal y días de hospitalización.
3. Determinar la causa más frecuente de mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso del 2000 al 2006 e identificar si esta es una causa directa o



indirecta.

4. Determinar los factores de riesgo obstétrico en las pacientes que fallecieron en el Hospital Vicente Corral Moscoso.
5. Determinar como influye el control prenatal y residencia habitual como factores de riesgo de mortalidad materna.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio de tipo clínico descriptivo que tomó todas las mujeres fallecidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y que fueron clasificadas como muertes maternas, desde enero 1 de 2000 a diciembre 31 de 2006.

Operacionalización de Variables

Tratándose de un estudio clínico descriptivo se analizó un solo tipo de variables; es decir, las características generales del grupo de estudio que se detallan en el cuadro # 1.



CUADRO # 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Mortalidad Materna	Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	Recurrencia: Número de casos de muerte materna ocurridos en el HVCM del año 2000-2006.	El indicador será una tasa en la que el numerador será el número de muertes maternas. Y el denominador será el total de nacidos vivos que existieron en el HVCM en dicho período.	Se utilizará una escala absoluta,
Edad	Lapso de tiempo que	Años cumplidos	El indicador	Escala de intervalos.



	transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	al producirse la muerte.	será una tasa en la que el numerador será el número de MM. Y el denominador será el total de partos que se produjeron en el HVCM en dicho período.	16-21 años 22-30 años 31-40 años 41-50 años
Residencia habitual	Localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate .	Localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate.	Residencia que consta el los datos de filiación de la historia clínica.	Se realizará una escala ordinal Urbano Rural
Estado Civil	Condición de soltería, matrimonio , viudez, etc., de un individuo.	Condición de soltería, matrimonio , viudez, etc., de un individuo.	Condición registrada en la historia clínica	Se utilizará una escala ordinal. Soltera Casada Unión libre.



Control prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna.	Gestantes quienes se realizaron o no controles prenatales.	Condición registrada en los datos del embarazo actual de la historia clínica.	Se utilizará una escala nominal SI NO
Causas de muerte materna	Aquello que se considera como fundamento u origen de algo.	Causas directas Generadas como consecuencia de complicaciones debidas a tratamient	El diagnóstico o definitivo anotado en las hojas de epicrisis y el anexo 4 del control	Se utilizará una escala nominal. DIRECTAS Eclampsia. Sepsis puerperal. Atonia uterina. Hemorragia



		<p>os incorrectos e intervenciones inoportunas.</p> <p>Causas indirectas Generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y provocan la muerte porque son agravadas por el efecto fisiológico del mismo.</p>	<p>de epidemiología de muerte materna de la historia clínica.</p>	<p>post-parto. Aborto Desprendimiento de placenta INDIRECTAS Enfermedades cardiovasculares. VIH/SIDA. Anemia Suicidio</p>
--	--	---	---	--



Factores de riesgo de muerte materna.	Son características que presentan una relación significativa con un determinado daño.	<p>1. Biológicos</p> <p>2. Psicológicos</p> <p>3. Sociales, económicos y culturales</p>	De acuerdo a datos que se encuentren en la anamnesis y el examen físico	<p>Se utilizará una escala nominal</p> <p>1. BIOLOGICO S Edad menor de 15 y mayor de 35 años Multiparidad Hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia, infección urinaria, placenta previa, ruptura uterina, aborto espontáneo, aborto séptico.</p> <p>2. PSICOLOGICOS Consumo de sustancias psicoactivas. Depresión severa. Inestabilidad</p>
---------------------------------------	---	---	---	--



				<p>afectiva, antecedentes de maltrato y embarazos no deseados.</p> <p>3. SOCIALES Bajo nivel socio-económico. Dificil accesibilidad geográfica a los servicios de salud. Inasistencia al control prenatal.</p>
Días de hospitalización	Tiempo transcurrido por un paciente en un medio hospitalario .	Tiempo transcurrido en horas y días por un paciente desde su ingreso hasta su deceso	Días de hospitalización registrados en la epicrisis y notas de enfermería a de la historia clínica	<p>Escala de intervalos.</p> <p><24 horas</p> <p>1-3 DÍAS</p> <p>4-6 DÍAS</p> <p>7-10 DÍAS</p> <p>> DE 10 DÍAS</p>



Plan de Observación de Campo

Uno de los instrumentos para recolectar la información fueron los registros de egresos hospitalarios en los cuales identificamos los números de historia clínica de todas las gestantes que fallecieron durante el lapso de tiempo en estudio y posteriormente procedimos a la revisión de la historia clínica.

Otro instrumento de recolección fue el formulario del Comité para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en el HVCM. En este formulario se transcribían los datos del certificado de defunción y se consignaban los informes relacionados con el análisis de la muerte materna.

La identificación de los casos de acuerdo con las definiciones operacionales descritas, se efectuaron mediante los siguientes pasos:

Los registros de egresos hospitalarios fueron la fuente inicial para identificar los casos.

La tasa de mortalidad materna se obtuvo del número de muertes maternas por 10000 nacidos vivos (NV).

La información de los casos de muerte materna se obtuvo mediante la Revisión de la historia clínica y del formulario del



Comité de Epidemiología para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en el HVCM.

Para el análisis de los datos se aplicó el programa EPI INFO, versión 6.0. Se creó y se procesó la correspondiente base de datos, y se obtuvieron las distribuciones de frecuencias de cada variable (análisis univariado) y el respectivo análisis bivariado, que permitió relacionar variables de interés.

CAPITULO V

RESULTADOS

Según los datos obtenidos de los registros médicos del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período 2000 al 2006, se produjeron 40 casos de muerte materna.

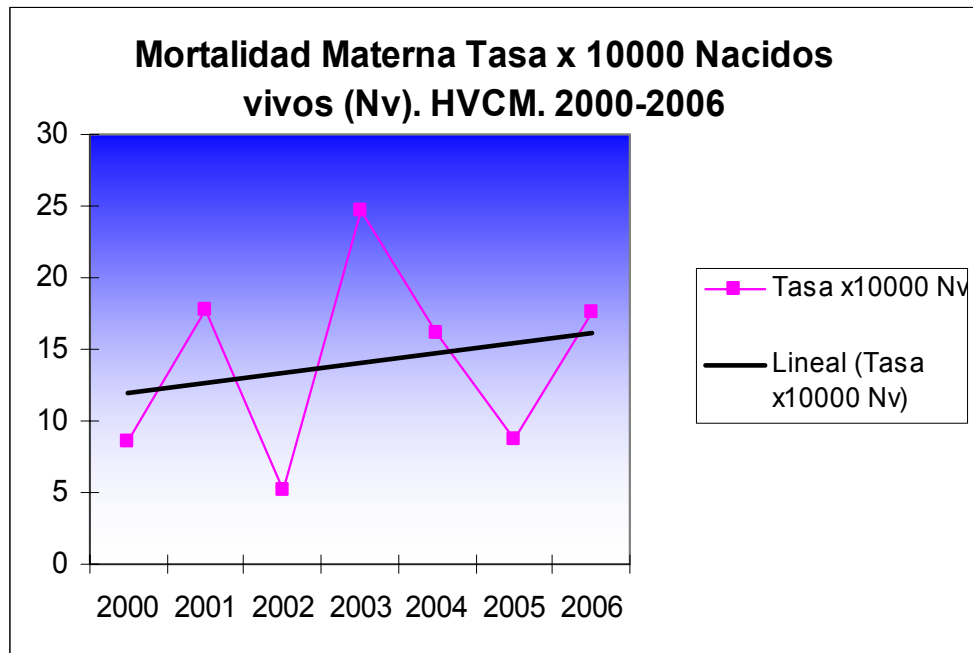
TASA DE MORTALIDAD MATERNA

La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres por razones maternas. Es el cociente entre el número de mujeres que mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio y el número total de nacidos



vivos, durante un período de tiempo, multiplicado por 10.000.

Gráfico 1



Fuente: Anexo 2 (tabla 1).

Responsables: Los Autores.

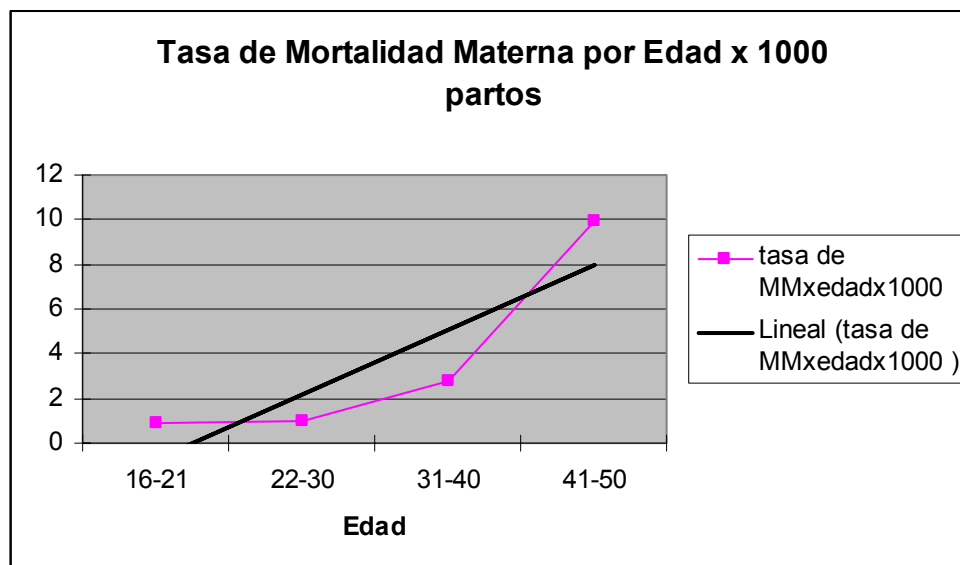
Se registraron 28384 nacidos vivos en el total de este período de estudio, lo cual generó una tasa promedio de 14,09 por 10 000 nacidos vivos. Al analizar estos valores observamos que la TMM presenta una curva que fluctúa de forma irregular en los diferentes años, sin embargo, presenta una leve tendencia al ascenso; entre los años 2000 – 2002 – 2005 la tasa de mortalidad materna por 10000 nacidos vivos



es baja, siendo las cifras de 8,48 – 5,18 – 8,68 respectivamente, de igual manera en los años 2001 – 2003 - 2004 - 2006 se presentó un incremento significativo de muertes maternas, encontrándose tasas de 17,67 – 24,61 – 16,05 – 17,52 correspondientes a los años antes mencionados. (Anexo 2/ tabla 1).

EDAD

GRAFICO # 2 **Mortalidad Materna Tasa x edad x1000 partos. HVC.M.** **2000-2006**



Fuente: Tabla # 2 (Anexo 2)
Responsables: Los autores

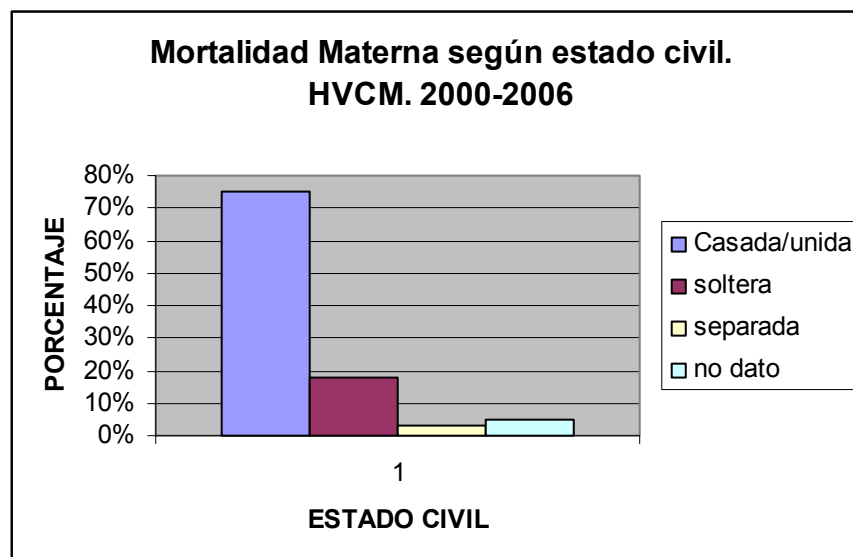
Al analizar estos valores observamos que la Tasa de Mortalidad Materna en relación a la edad tiene una tendencia al ascenso, observándose que en las edades comprendidas



entre los 16 hasta los 30 años la línea de tendencia no se modifica existiendo un caso de muerte por 1000 partos que se produjeron; a partir de los 31 años se muestra ya un ascenso significativo produciéndose 3 muertes por cada 1000 partos; alcanzando su pico máximo en madres mayores a los 40 años donde se producen 9 - 10 muertes por cada 1000 partos. De esta manera se puede observar que aunque el número de partos producidos entre los 41 a 50 años es menor, la probabilidad de morir es más alta en este grupo de pacientes comparado con el resto de edades.

ESTADO CIVIL

GRAFICO # 3



Fuente: Tabla # 3 (Anexo 3)

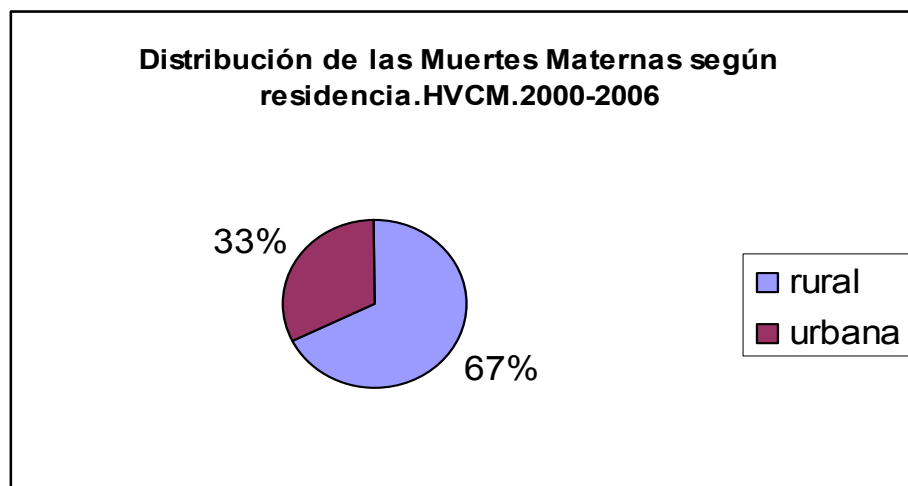
Responsables: Los autores



Según datos registrados en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso el 77% de las mujeres que han muerto estaban casadas, el 17% eran solteras, el 3% separadas y el 3% no registra su estado civil; de tal manera las mujeres que se encontraban casadas reporta la mayor cifra; por lo que podemos darnos cuenta que es un factor que influye directamente dentro de la mortalidad materna, pues a mas de conocer el estado físico de la madre, la dinámica familiar y el estado emocional de ellas puede ser un factor causal cuando nos referimos al estado civil.

RESIDENCIA

GRAFICO # 4



Fuente: Tabla 4 (Anexo 3).
Responsables: Los autores

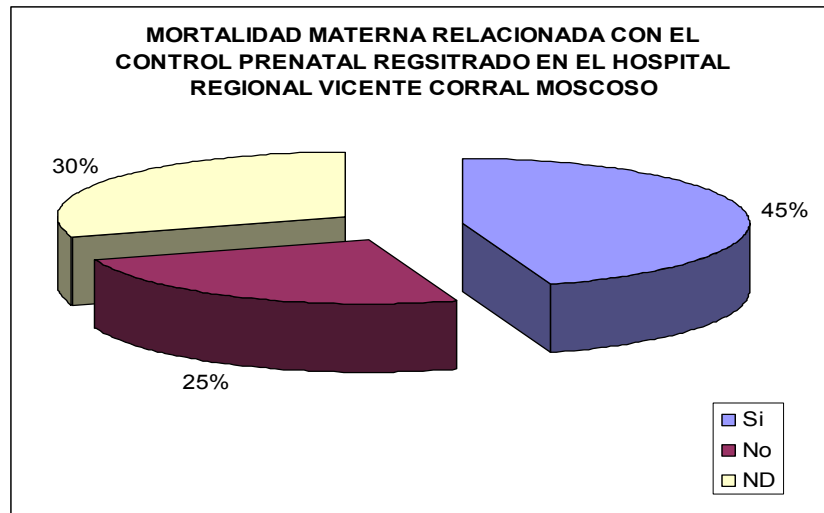


Como podemos observar existe un 67% de mortalidad materna en mujeres pertenecientes al sector rural y un 33% en el sector urbano, (Gráfico 4) lo que nos permite deducir que el pertenecer al sector rural significa no contar con la suficiente información de los cuidados que deben tener en el embarazo; además la cultura de un sector rural es diferente a la del área urbana en el que el servicio de salud es mas accesible además en términos generales, los factores culturales e históricos han relacionado a las mujeres de las zonas rurales con una visión cultural en la que generalmente prima la tradición sobre el conocimiento científico.

CONTROL PRENATAL

El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

GRAFICO # 5



Fuente: Tabla # 5 (Anexo 4)

Responsables: Los autores

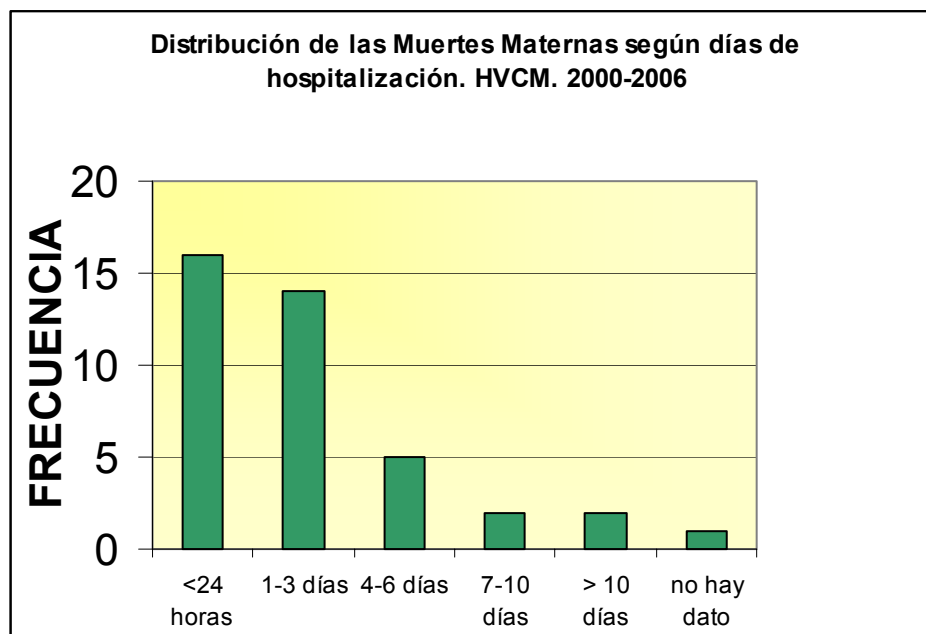
Tomando en cuenta la importancia de realizarse los controles prenatales y la secuencia que estos deben tener, vemos que los datos obtenidos en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso son los siguientes un 45% de las mujeres si se han realizado control prenatal pero si analizamos cada uno de los casos podemos ver que la mayoría de ellas no se realizaron los controles necesarios, es decir, que algunas se realizaron 1 o 2 controles en todo el embarazo y así varia el numero de controles pero no cumplen con todos los requeridos, 25% no se realiza ningún control aumentando de esta manera el riesgo de mortalidad materna, tenemos también un 30% que no registra si se ha realizado un control, por lo que podemos



concluir el control prenatal es un factor que puede determinar la mortalidad materna en las mujeres que son asistidas en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

GRÁFICO N° 6



Fuente: Tabla 6 (Anexo 4)
Responsables: Los autores

En cuanto al tiempo de atención médica, de las muertes maternas, 39% tuvieron menos de 24 horas de atención y de éstas 8% murió antes de las dos primeras horas. Un 48% de las pacientes recibieron atención entre 3 a 6 días luego de lo cual fallecieron por complicaciones que se presentaron



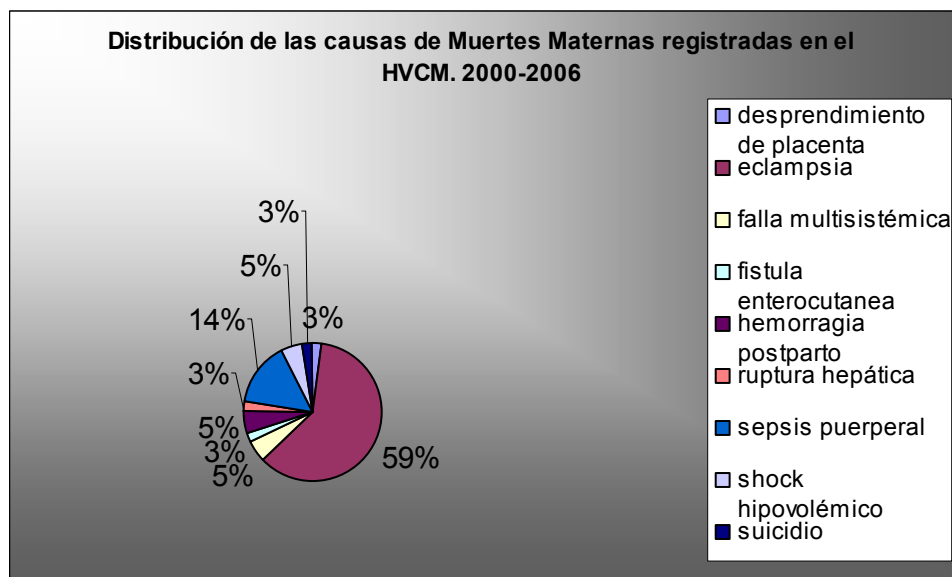
durante el puerperio. Además existe un 10% de madres que permanecieron con atención médica permanente (hospitalización) por mas de 10 días; presentando posteriormente complicaciones que le causaron la muerte; por último se encontró un 3% en el que no se especifica el tiempo que recibió atención medica la paciente o si no la recibió.

Por lo que podemos darnos cuenta que los casos que llegan a nuestro hospital son de mucha gravedad con un alto riesgo de muerte.

CAUSAS DE MUERTE MATERNA

La mortalidad materna es un problema que aqueja a una parte significativa de la población femenina y en su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas, y a la vez el sector cuenta desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico para impedir las, pero como vemos en las tablas anteriores las madres no se realizan el control necesario ya que mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos.

GRAFICO N° 7



Fuente: Tabla 7 (Anexo 5)
Responsables: Los autores

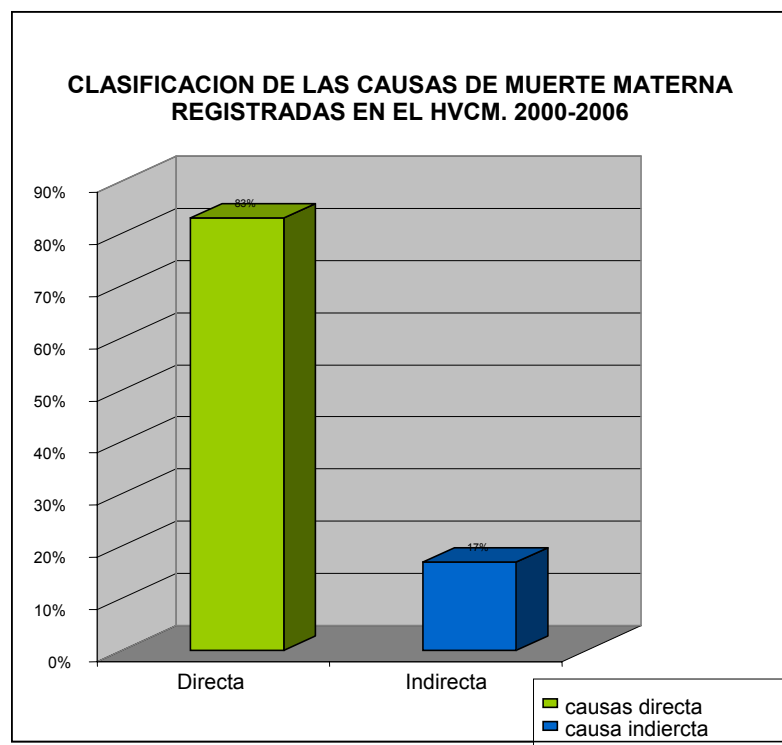
Como muestra el gráfico 7 dentro de las principales causas de muerte materna están: Eclampsia ocupando un 53%, seguido de sepsis puerperal con un 13%, Hemorragia post parto y shock hipovolémico con un 5% y al resto de causas les corresponde a un 3% para cada una. Por esta razón podemos citar que al posibilitar el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, se podrá realizar la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas.



CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS

Para considerar muerte materna la defunción debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, el parto, el puerperio o la atención recibida durante estos procesos.

GRAFICO # 8



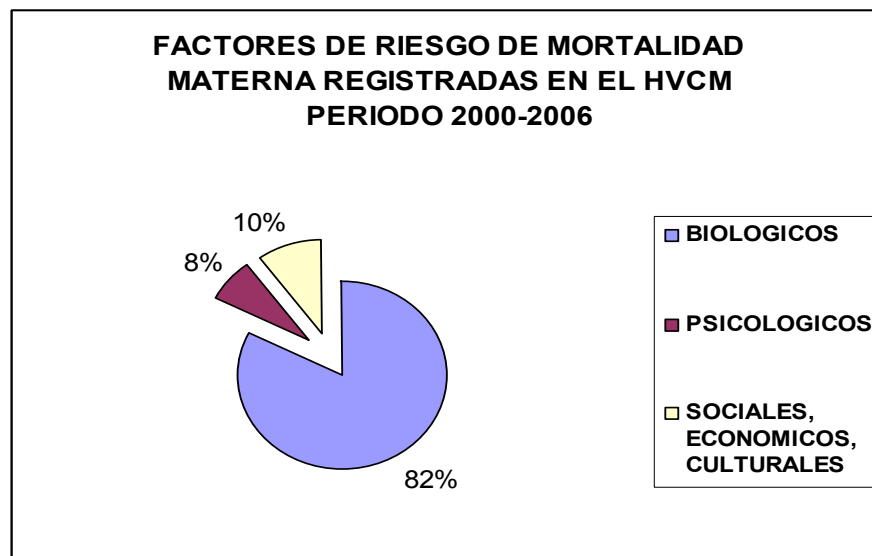
Fuente: Tabla 8 (Anexo 5)
Responsables: Los autores



Según datos obtenidos de mortalidad materna en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso vemos que un 83% se deben a causas directas y solo un 17% a causas indirectas, por lo que esta claro como se dijo al principio la mayoría de causas directas se pueden evitar con un buen control del embarazo.

FACTORES DE RIESGO

GRAFICO N° 9



FUENTE: Tabla # 9 (Anexo 6)
RESPONSABLES: Los Autores.

En relación con los factores que pudieron incidir en la muerte materna, en el HVCM podemos decir que un 82% se debe a factores de tipo biológicos como: edad menor de 15 y mayor



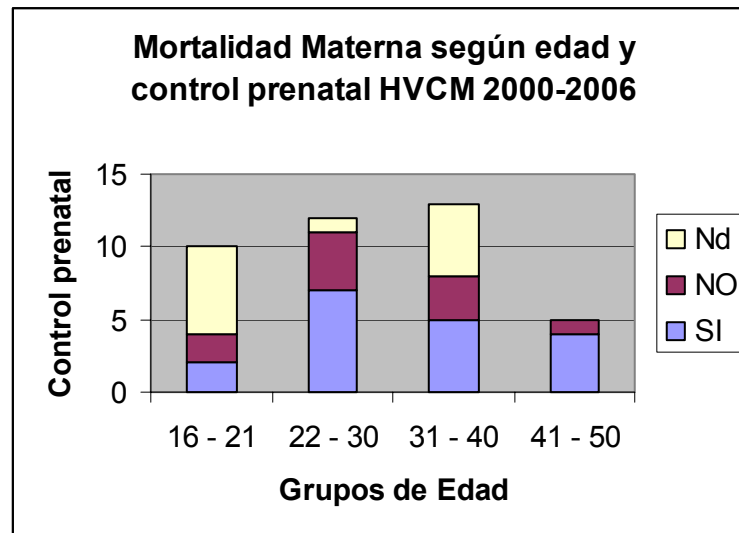
de 35 años, multiparidad, Hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia, infección urinaria, placenta previa, ruptura uterina, aborto espontáneo, aborto séptico, entre otros. Se encontró además un 10% que corresponde a factores de tipo sociales., económicos y culturales dentro de los cuales encontramos bajo nivel socio-económico, difícil accesibilidad geográfica a los servicios de salud. Inasistencia al control prenatal. Por último mencionamos que un 8% corresponde a los factores de riesgo de tipo psicológico como: depresión severa, Inestabilidad afectiva, antecedentes de maltrato y embarazos no deseados.

RELACION EDAD / CONTROL PRENATAL

El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es hasta 15 veces mayor para las mujeres que no reciben atención prenatal, que para quienes la recibieron.



GRAFICO # 10



Fuente: Tabla # 10 (Anexo 6)
Responsables: Los Autores.

Dentro del grupo de edad entre 16-21 años fallecieron 10 pacientes de las cuales solo 2 se realizaron control prenatal que representa solo el 20%. 7 (58.3%) pacientes entre 22-30 años se realizó control prenatal de un total de 12 madres que fallecieron dentro de este rango de edad. 13 pacientes entre los 31 y 40 años fallecieron y de este grupo solo 5 recibieron atención profesional. Por último 5 mujeres con edad > 41 años fallecieron y de ellas 4 se realizaron controles, sin embargo también es de notar que hay un número considerable de madres dentro de los diferentes grupos de



edad que no se realizan controles durante su embarazo por ende aumenta el riesgo de morir.

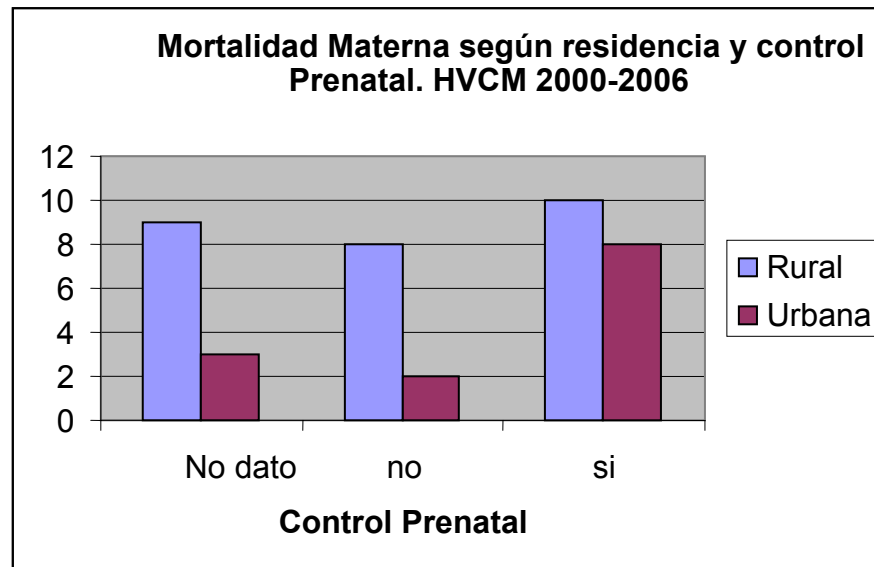
Las mujeres con más de 40 años de edad enfrentan un riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo, 2 ó 3 veces mayor que el que corren mujeres entre 20 y 27 años⁷.

RELACION RESIDENCIA/CONTROL PRENATAL

Al posibilitar el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, se puede realizar la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.¹



GRAFICO # 11



Fuente: Tabla # 11 (Anexo 7)

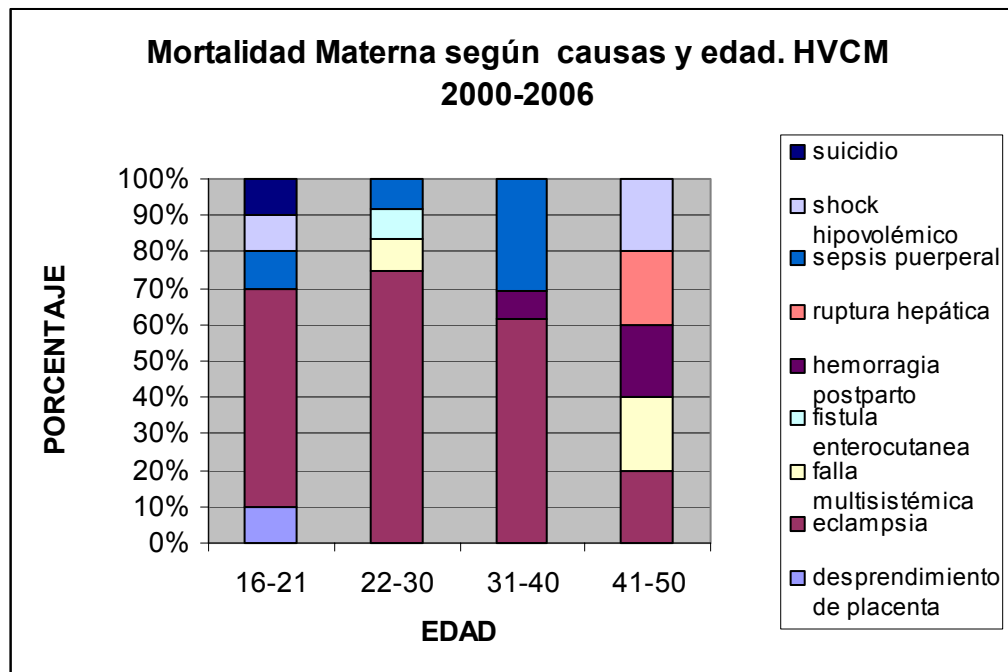
Responsables: Los Autores.

Podemos indicar que de 27 pacientes que residen en el área rural solo 10 (37%) se realizó control prenatal, 8 no recibieron atención y el resto no reporta ese dato por lo que notamos la insuficiente cobertura del control prenatal en esta área. A nivel del área urbana de los 13 casos de mujeres que fallecieron 8 (61.5%) tuvo atención durante su embarazo.



RELACION CAUSAS/ EDAD

GRAFICO # 12



Fuente: Tabla # 12 (Anexo 7)

Responsables: Los Autores.

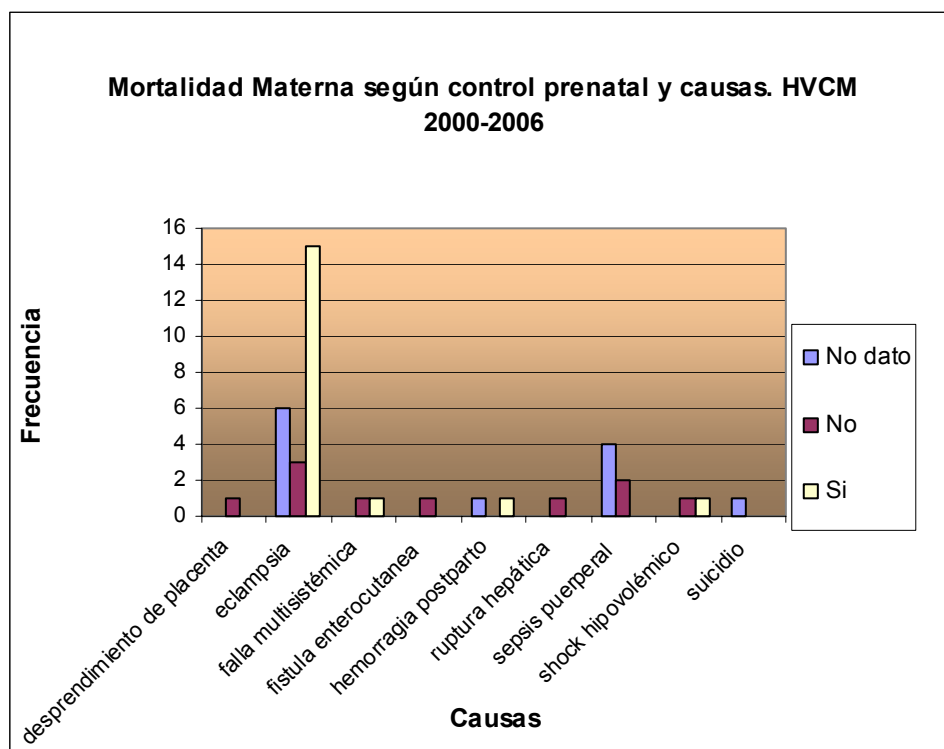
En relación al gráfico 12 se observa que la eclampsia predomina como causa de muerte materna en los diferentes grupos de edad, es así que 6 (60%) pacientes dentro de los 16 – 21 años presentaron esta patología , 1 (10%) paciente murió por sepsis que es la segunda causa de muerte de acuerdo a nuestro estudio. Dentro de las edades 22 - 30 años un 72% murió por eclampsia y 1(8%) paciente por sepsis. En el grupo de edad de 31 - 40 años 8 (60%)



pacientes fallecieron por eclampsia y un 30 % por sepsis siendo este grupo vulnerable a los factores de riesgo. Por último en las madres > 40 años existe un porcentaje igual en las diferentes patologías registradas por ende se observa que es el grupo donde mayormente se producen las complicaciones del embarazo a pesar de que no exista una mayor cantidad de partos a esta edad.

RELACION CONTROL PRENATAL/ CAUSAS

GRAFICO # 13



FUENTE: Tabla # 13 (Anexo 8)
RESPONSABLES: Los Autores.



El gráfico # 13 muestra que el 62.5% de las pacientes con diagnóstico de eclampsia se realizaron controles prenatales durante su embarazo siendo el 12.5% quienes no se han realizado ningún control, por lo que esta causa representa el 60% del total de muertes maternas, la sepsis puerperal ocupa el segundo lugar como causa de muerte materna con un 12.5%, de los cuales el 5% no se realizó control prenatal; no existe datos de pacientes con control prenatal en esta patología, el 7% restante corresponde a pacientes que no reportaron esta información; el tercer lugar corresponde a la hemorragia posparto con un 5% de frecuencia como causa de mortalidad materna, dentro de este grupo el 3% se realizó control prenatal y un 2% no reporta ese dato.

CAPITULO VI

DISCUSION

Los resultados encontrados son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando además que en buena parte los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna son finalmente una expresión de esas estructuras sociales.



Según la OMS, la tasa de Mortalidad Materna (TMM) es alta, como en algunos hospitales de Haití, Honduras, Perú y México en comparación con bajas tasas de mortalidad materna de hospitales de EE.UU (1.2 y 1.4 por 10 000 NV). Lo que demuestra que en los países desarrollados se manejan cifras de muerte materna menores a 10 por 10 000 NV.

En nuestro estudio en el período 2000 - 2006 en el hospital Vicente Corral Moscoso se produjeron 40 casos de muerte materna, siendo la tasa promedio de mortalidad de 14,09 / 10 000 nacidos vivos, mientras que en otras provincias del Ecuador se encontraron según el INEC para el año 2005 las siguientes tasas: para Azuay 7,4/10 000, Pichincha 9,3/10 000, Guayas es de 3,57/10 000, Cañar 11,5/10 000 siendo estos valores altos, hay que tomar en cuenta que los datos proporcionados por nuestro estudio es a nivel hospitalario y de una sola casa de salud como lo es el HVCM el cual es un hospital de referencia del cantón Cuenca donde acuden la mayor parte de pacientes a quienes se les considera con un elevado factor de riesgo; en comparación con los datos proporcionados por el INEC que se obtienen en relación a los nacidos vivos de toda la población a nivel provincial.



En otros estudios encontrados como el del Hospital Universitario Ramón González Valencia en Santander en Colombia, entre 1994-2004 ocurrieron 121 MM. La tasa anual de MM por 10 000 nacidos vivos fue un promedio 25,5 y otro estudio realizado en la Maternidad “Concepción Palacios”: en el periodo 1982-1991 en Caracas Venezuela se registraron 423 muertes maternas. La tasa de mortalidad materna promedio de los 10 años fue de 16.2 por 10 000 nacidos vivos, resultados mucho más altos que los nuestros.

La edad promedio donde ocurrieron el mayor porcentaje de MM fue entre los 24 y 30 años, 18 (45%) pacientes que habían asistido a control prenatal; mientras que en el estudio realizado en Colombia y Venezuela la edad promedio de las pacientes fue de 26,8 años; 47 (38,8%) pacientes que habían asistido a control prenatal, y 25-29 años (26 %) las cuales asistieron al control prenatal respectivamente, los resultados de acuerdo a la edad son similares al obtenido en nuestro estudio.

Otras investigaciones demuestran que las mujeres menores de 15 años de edad tienen una probabilidad entre 5 y 7 veces mayor de morir durante el parto que las que tienen de 20 a 25 años. Este riesgo se debe a la inmadurez física y al estado nutricional deficiente de muchas jovencitas, de modo



especial en sectores de ingresos bajos. También, es más probable que éstas no busquen atención prenatal o lo hagan demasiado tarde. Las mujeres con más de 35 años de edad enfrentan un riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo, 2 ó 3 veces mayor que el que corren mujeres entre 20 y 27 años⁷.

En 33 (83%) pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso su muerte se relacionaba con factores de tipo biológico, 67% de pacientes residían del área rural; datos que no pudimos encontrar en los estudios de Colombia y Venezuela mencionados anteriormente.

En los tres estudios de los hospitales de referencia las causas de muerte materna en su mayoría fueron directas; en el HVCM de Ecuador representan el 82% y Colombia 75,2%. La principal causa de muerte materna de nuestro estudio resultó la Eclampsia (60%), al igual que en Colombia quienes la definen como trastornos hipertensivos del embarazo (26,5%), a diferencia de Venezuela que su principal causa fue sepsis (48,1 %) principalmente postaborto. En los tres casos las muertes maternas eran evitables.



En nuestra investigación el intervalo entre admisión y muerte fue dentro de las primeras 24 horas en el 39 % de los casos y 35 % permaneció menos de 3 días de hospitalización, este es un resultado muy preocupante, ya que nos damos cuenta en el estado de gravedad en el que son admitidas las pacientes al hospital, nos deberíamos preguntar el por que? Talvez la falta de información de los síntomas de peligro, desconfianza y miedo en el personal de salud que las atiende? Falta de transporte?, interrogantes que la sociedad entera se pregunta y que podríamos dar respuesta con investigaciones futuras.

En la maternidad Concepción Palacios de Venezuela el intervalo entre admisión y muerte fue mayor de 48 horas en el 59,5 % de los casos y 40,4 % permaneció menos de 2 días de hospitalización, resultados igualmente desfavorables que se asemejan a la realidad de nuestro estudio. Coincidencia que sean dos países en vías de desarrollo?

En el estudio efectuado en Caracas encontramos resultados de autopsias realizadas, fueron 286 pacientes que representan el 67,6 %; situación todavía no resuelta en nuestro hospital que deberían las autoridades organizar para obtener resultados con pruebas irrefutables en



investigaciones posteriores para enfrentar un problema de salud real.

El deterioro de la situación de salud, el ambiente social y económico en el que se desempeñan las mujeres en edad reproductiva tiene repercusiones, tanto para la vida familiar como para la economía del país, por el alto número de años de vida potenciales perdidos.

Muchas de las muertes maternas se podrían prevenir si recibieran atención de salud adecuada durante y después del embarazo. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es hasta 15 veces mayor para las mujeres que no reciben atención prenatal, que para quienes la recibieron las cifras de control prenatal (45%) del presente estudio, no corresponden con las coberturas de control prenatal en Cuenca que superan el 70%.

Los programas de salud materna pueden orientar para que sepan reconocer y referir mujeres que corren un alto riesgo de sufrir complicaciones. Este aspecto indirectamente muestra la calidad de los servicios de salud, que en cuanto al criterio de evitabilidad tiene mucho que aportar sobre tecnología apropiada y educación.



Reducir las muertes maternas requiere de acciones coordinadas y de un trabajo continuo. Las acciones deben ir necesariamente desde el interior de las familias hasta las políticas nacionales, tanto de salud como económicas. Un elemento importante a considerar para la reducción de la mortalidad materna es la comprensión y consideración de las causas que subyacen a las causas médicas habituales, que si bien es necesario tenerlas en cuenta, no son las únicas y más bien pueden ser consecuencia de factores previos determinantes de la muerte materna.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

El número de muertes maternas ocurridas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2000 - 2006 fue de 40, con una tasa promedio de 14,09 / 10 000 nacidos vivos, lo que demuestra que dicha cifra es elevada al ser este estudio a nivel hospitalario y tomada de una sola casa de salud por lo que nos da a conocer el riesgo elevado al que están expuestas las embarazadas en nuestro medio, a pesar de los esfuerzos en acciones y alta inversión para atender la salud de la mujer.



La tasa de mortalidad materna por edad, fue 9.9 muertes x 1 000 partos en pacientes de 41 - 50 años, a pesar que en esta edad existe un pequeño número de mujeres embarazadas, existe un riesgo elevado, 77% de las mujeres que fallecieron estaban casadas/unidas concluyendo así que a pesar de su estado civil existe un gran número de factores que influyen directa o indirectamente dentro del bienestar personal de cada una como lo es la estabilidad social, económica y sobre todo emocional; 67% de mujeres pertenecen al sector rural número que se podría incrementar por la falta de disponibilidad de servicios de salud pública en estos sectores, el 45% de pacientes se realizaron controles prenatales tomando en cuenta que en el 30% no constaba este dato, es decir este porcentaje no sería representativo sin embargo se podría presumir que la calidad de información sobre los problemas de salud a las mujeres embarazadas o en edad fértil se podrían mejorar a un nivel más elevado que proporcione concienciar el respeto de salud por uno mismo; 39% tuvieron menos de 24 horas de hospitalización; de éstas un 8% murió antes de las dos primeras horas lo que nos hace darnos cuenta del estado de gravedad en el que llegan las pacientes a nuestro hospital.

La causa más frecuente de mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso del 2000 al 2006 es la Eclampsia



53%, siendo esta una causa de tipo directa, por lo que es necesario conocer y dar a conocer la importancia de llevar un embarazo sano y seguro puesto que las causas de muerte materna como tal son evitables.

Los factores de riesgo más frecuentes que incidieron en la muerte materna en el HVCM son de tipo biológicos que representan el 82% por lo que es necesario ahondar mayormente para educar a la población y prevenir que mas vidas se pierdan.

Dentro de nuestro estudio cabe resaltar la importancia que como hemos dicho anteriormente tiene el control prenatal para de esta forma evitar o tratar de disminuir el número de muertes maternas, concienciando no solo a la madre sino también a cada uno de los integrantes del hogar ya que de acuerdo a los datos obtenidos en este estudio parece que aunque se realizan controles estos no son los suficientes o no son realizados con personal calificado.

Finalmente, es conveniente tener en mente que la muerte materna afecta a toda una familia, con severas consecuencias futuras, de manera particular a los niños, que se quedan sin su madre, lo cual se traduce en un incremento en la morbilidad infantil, deserción escolar, incremento



de violencia, etc. Por todo ello, la muerte materna ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con la pobreza y la marginación. También es un problema de salud pública debido a que refleja las deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud materna que son ofrecidos a la población.

RECOMENDACIONES

1. Proporcionar a la mujer y su pareja información veraz y suficiente para que puedan decidir de manera consciente y responsable, acerca del número de hijos a tener en las mejores condiciones.
2. La edad propicia para ser madre, no debe ser menor a los 19 años ni mayor de 35 años.
3. La madre, debe tener conocimiento de información precisa y oportuna que la alerte sobre los riesgos que puede tener su embarazo.
4. Participación libre de la mujer en la planeación del embarazo y de las decisiones que afectan su cuerpo, su salud y su futuro.



5. Información Orientación y Consejería a la pareja respecto al ejercicio de una sexualidad gratificante durante el embarazo.
6. Asumir hábitos saludables: dieta suficiente, equilibrada y variada, que favorezca las necesidades de nutrientes (ácido fólico y hierro) del binomio madre-hijo.
7. Mantener un entorno saludable en el medio familiar y en el trabajo, que respete las necesidades biológicas de la gestante y su privacidad libre de humo de cigarro y sustancias tóxicas.
8. Aumentar la cobertura de los servicios de atención materna neonatal esencial, reorganizando los servicios de salud para prestar una atención obstétrica esencial de emergencia priorizando las áreas de mas alta mortalidad.
9. Extender la cobertura en las comunidades de de difícil acceso y que tengan mayor mortalidad materna.

La familia, las organizaciones de la sociedad civil y los diferentes gobiernos, deben promover la Maternidad Saludable como un derecho humano.



“La muerte Materna es una injusticia social. No sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas (...) No sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir (...) pero por sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”
(Fathalla, 1997)”



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Safe Motherhood. March, 1998.
2. OPS/ OMS International Classification of Diseases (ICD-10). X revision. Washington DC.
3. Trejo R. Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginec Obstet Mex 1997; 65: 317-25.
4. Hurtado MA, Alvarez SR, Walwyn SV. Autopsias realizadas en el Hospital “Dr. Luis Díaz Soto” de 1962 a 1995. Med Milit 1997; 26: 122-8.
5. Encuesta Demográfica y de Salud para Ecuador del 2.002 y las estimaciones de mortalidad maternal del 2.002 de la OMS/UNICEF/FNUAP.
6. Population Reference Bureau-2.002. World Population Data Sheet. Washington DC 2.002.
7. MSP/DINE/DVE. Manual de vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna. Ecuador, Quito Enero 2006.
8. OPS: Division salud y desarrollo humano. Gasto Nacional en Salud 2001.



9. Herrera, M. Mortalidad materna en el mundo XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO, 2003
10. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología v.68 n. 6: Santiago 2.003 pag: 536-543.
11. Ortiz, J. Embarazos sanos y seguros. Red Andina de Salud. Abril 2006.
12. Ginecología y Obstetricia de México: v.70 n.2 pag: 95-102 México, D.F. feb. 2002
13. Gherman RB, Macri CJ. Maternal mortality at LAC/USC Women's Hospital: 17 years review. Obstet Gynecol 2000; 1: 544-5.

BIBLIOGRAFIA

1. Donoso S, E. Mortalidad Materna en Chile, 2000-2004. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.2005
2. Ruiz J. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años: 1968-1992. Ginec Obstet Mex. 1995;63:452-459.
3. Vásquez J. Mortalidad materna 1991 – 1999. Hospital Regional de Loreto. Ginecol Obstet Perú. 2000;46:240-244.



4. World Health Organization. Revised 1990 estimates of maternal mortality, a new approach by WHO y UNICEF. Washington: Edit WHO, 1996.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: Edit OMS, 1995.
6. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2004
7. Diccionario espasa escalp de medicina versión en cd room. Universidad de Navarra España año 2002.
8. El MNI fue realizado por el Futures Group Internacional, con el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) a través del Measure Evaluation Project 2.000
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington: Edit OPS, 1990
10. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna. Caracas: Edic. OMS-OPS. 1996.
11. Fathalla M. Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Rev Crónica de la OMS 1986;4(5):53-9.



12. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993; 19(2):78-90.
13. Carbone, F. Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. Editorial Consensus. Lima. Ene./dic. 2005.
14. Cáceres-Manrique, F., Díaz-Martínez, L. La mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia entre 1994-2004. Rev Colomb Obstet Ginecol. Bogotá abr./jun. 2007
15. Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 2, número 4, octubre 209 de 2007
16. www.paho.org/spanish/dd/ais/indexatlas.htm
17. <http://www.cepar.org.ec/estadisticas/pubsalud/salind1c.html>
18. <http://www.redmedica.com.mx/gfr/rnfr.htm>
19. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/prenatal.htm>
20. <http://www.unicef.org.co/newsletter-junio.htm#>
21. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000200002&lng=es&nrm=iso



ANEXOS



ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO 2000-2006, CUENCA- ECUADOR

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Formulario #

1. Nombre del establecimiento de salud _____
Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____ Área de salud _____

2. IDENTIFICACION DEL CASO

FUENTE DE INFORMACION: 1. Historia clínica ☐ 2. Certificado de defunción ☐
3. Protocolo de autopsia ☐ 4. Otros _____

1. Nombres y Apellidos de la fallecida _____

2. No HC: _____

2. Edad

3. Estado civil: soltera ☐ casada/unida ☐ otro ☐ ND ☐

4. Etnia: mestiza ☐ Indígena ☐ Negra ☐ Blanca ☐

5. Fecha del parto ☐ Aborto ☐ Cesárea ☐ Otro ☐ ____Día ____mes ____año
hora ____am ____pm

6. Fecha de fallecimiento: ____día ____mes ____año hora ____am ____pm

7. Dirección domiciliaria _____ URBANA ☐ RURAL ☐

8. Categorización del caso (período): Embarazo ☐ Parto ☐ PPI 24 horas ☐
PP 1 a 7 días ☐ PP 8 a 42 días ☐ PP 43 a 365 días.

9. Diagnóstico definitivo: _____.

10. Causa básica de la muerte
_____.

3. REVISION DE LA HISTORIA CLINICA EMBARAZO, PARTO Y POST PARTO

REFERENCIA

Referida 1. SI ☐ 2. NO ☐ 3. ND ☐

Fecha de llegada: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____

Unidad de salud que refiere _____ Dx de la referencia _____

VALORACIÓN/CONDICION INICIAL DE LA PACIENTE

1. Control prenatal: SI ☐ NO ☐ N° de controles _____ ND ☐

2. Edad gestacional _____.

3. Gesta ☐ Parto ☐ Aborto ☐

4. Tensión arterial ____/____

5. Frecuencia cardíaca materna/pulso: ____.

6. Frecuencia cardíaca fetal: _____.

7. Edema SI ☐ NO ☐

8. Convulsiones: SI ☐ NO ☐

9. Sangrado vaginal: SI ☐ NO ☐

10. Sin complicación obstétrica ☐ Con complicación obstétrica ☐ Fallecida ☐.



MANEJO CLINICO EN EMERGENCIA/HOSPITALIZACIÓN Y RECURSOS

1. ¿Se utilizó el parto grama? SI ☐ NO ☐ Porqué _____
No hay ☐ Porqué _____
2. ¿Si en el parto grama se presento desviación de la curva de dilatación cervical, en relación a la de alerta, que decisiones se tomaron?
3. Se realizó el manejo activo en el tercer periodo del parto (oxitócicos, tracción controlada del cordón, masaje uterino) SI ☐ NO ☐
En caso de no porqué?: 1 falta de capacitación ☐ 2 falta de oxitocina ☐ 3 otros ☐
4. ¿Se realizaron los procedimientos del puerperio inmediato/postaborto (T°-Pulso-TA-involución uterina-loquios)? SI ☐ NO ☐
1. falta de personal ☐ 2. Falta de equipos ☐
En caso de no porqué?: 3. Demora/falta de atención al paciente ☐ 4. Otras ☐
5. Valoración en la primera hora del ingreso: SI ☐ NO ☐
Quién la valoró: 1. Especialista ☐ 2. Médico residente ☐
3. I. Rotativo ☐ 4. Obstetra ☐ Otro _____

MANEJO TERAPÉUTICO SEGÚN DIAGNOSTICO Y RECURSOS

1. Tipo de complicación: Hemorragia del embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio ☐
Eclampsia ☐ Sepsis ☐ Otros ☐
2. Evaluación dentro de las 24 horas del ingreso por el Médico tratante especialista
SI ☐ NO ☐
3. Manejo terapéutico realizado: 1. Antibióticos SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
2. Antihipertensivos SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
3. Líquidos endovenosos SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
4. Hemoderivados: SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
5. Anticonvulsivantes SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
6. Otros: _____
- En caso de NO por qué? 1. falta de personal ☐ 2. Falta de equipos ☐ 3. falta medicamentos ☐
4. falta materiales e insumos ☐ 5. Falta de hemoderivados ☐
6. Demora/falta de atención al paciente ☐ 7. Otras ☐
4. Exámenes de laboratorio realizados: 1. Biometría SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
2. Grupo/Factor SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
3. Química sanguínea: SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
4. EMO SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
5. Otros _____
5. Otros procesos terapéuticos realizados: 1. AMEU/Legrado SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
2. Cesárea: SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
3. Histerectomía: SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐
4. _____ Otro: _____
- En caso de NO ¿por qué? 1. falta de personal ☐ 2. Falta de equipos ☐ 3. Falta de anestesia ☐
4. Falta de sala de operaciones ☐
5. Condiciones inadecuadas de la paciente ☐
6. Demora/falta de atención al paciente ☐ 7. Otras ☐

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: DIAS _____ HORAS _____



ANEXO 2

TABLA 1

Mortalidad Materna tasa por 1000 NV. HVCM 2000-2006

Año	Nacid vivos	Muert mater	Tasa x10000 Nv
2000	3537	3	8.48
2001	3394	6	17.67
2002	3857	2	5.18
2003	4063	10	24.61
2004	4361	7	16.05
2005	4607	4	8.68
2006	4565	8	17.52
Total	28384	40	14.09

Fuente: Departamento de estadística HVCM
Responsables: Los Autores.

TABLA 2

Mortalidad Materna tasa por edad x 1000 partos. HVCM 2000-2006

EDAD	Muertes Maternas (MM)	PARTOS	t de mort x edad x 1000 partos
16-21	10	11429	0.87
22-30	12	11944	1
31-40	13	4678	2.77
41-50	5	505	9.9
Total	40	28556	1.4

Fuente: Departamento de estadística HVCM

Responsables: Los Autores.



ANEXO 3 TABLA # 3

Distribución de las muertes maternas según estado civil. HVCM. 2000-2006

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casada/unida	30	75%
soltera	7	17,5%
separada	1	2,5%
no dato	2	5,0%
Total	40	100,0%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística HVCM
Responsables: Los autores

TABLA # 4

MORTALIDAD MATERNA SEGÚN RESIDENCIA. HVCM 2000-2006

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Rural	27	68%
Urbana	11	28%
ND	2	5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística HVCM
Responsables: Los autores



ANEXO 4

TABLA # 5
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CONTROL PRENATAL
REGISTRADO EN EL HVCM. 2000-2006

CONTROLES	NUMERO	PORCENTAJE
Si	18	45%
No	10	25%
ND	12	30%
TOTAL	40	100%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de
Estadística HVCM

Responsables: Los autores

TABLA Nº 6
Distribución de las muertes maternas según días de
hospitalización. HVCM. 2000-2006

DIAS DE HOSPITALIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
<24 horas	16	39%
1-3 días	14	35%
4-6 días	5	13%
7-10 días	2	5%
> 10 días	2	5%
no hay dato	1	3%
TOTAL	40	100%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de
Estadística HVCM

Responsable: Los autores



ANEXO 5

TABLA # 7

Distribución de las causas de Muerte Materna registradas en el HVCM. 2000-2006

CAUSAS	Frecuencia	Porcentaje
desprendimiento de placenta	1	3,00%
Eclampsia	24	60,00%
falla multisistémica	2	5,00%
fistula enterocutanea	1	2,50%
hemorragia postparto	2	5,00%
ruptura hepática	1	2,50%
sepsis puerperal	6	14,00%
shock hipovolémico	2	5,00%
suicidio	1	3,00%
Total	40	100,00%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores



TABLA # 8

CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA REGISTRADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2000- 2006

Clasificación de las Causas	Frecuencia	Porcentaje
causas directa	33	83%
causa indirecta	7	17%
TOTAL	40	100%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores



ANEXO 6

TABLA N° 9
FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA
REGISTRADAS EN EL HVCM 2000-2006

FACTORES RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Biológicos	33	82%
Psicológicos	3	8%
Sociales, Económicos, Culturales	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores

TABLA N° 10

Mortalidad Materna según edad y control prenatal HVCM
2000-2006

CONTROL PRENATAL				
EDAD	si	no	No dato	TOTAL
16 - 21	2	2	6	10
22 - 30	7	4	1	12
31 - 40	5	3	5	13
41 - 50	4	1	0	5
TOTAL	18	10	12	40

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores



ANEXO 7

TABLA # 11

Mortalidad Materna según residencia y control prenatal. HVCM 2000-2006

RESIDENCIA			
CONTROL PRENATAL	rural	urbana	TOTAL
No dato (nd)	9	3	12
no	8	2	10
si	10	8	18
TOTAL	27	13	40

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores



TABLA # 12

**Mortalidad Materna según grupos de edad y causas.
HVCM 2000-2006**

GRUPOS DE EDAD					
CAUSAS	16-21	22-30	31-40	41-50	TOTAL
desprendimiento de placenta	1	-	-	-	1
eclampsia	6	9	8	1	24
falla multisistémica	-	1	-	1	2
fistula enterocutanea	-	1	-	-	1
hemorragia postparto	-	-	1	1	2
ruptura hepática	-	-	-	1	1
sepsis puerperal	1	1	4	-	6
shock hipovolémico	1	-	-	1	2
suicidio	1	-	-	-	1
TOTAL	10	12	13	5	40

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsable: Los autores



ANEXO 8

Tabla # 13

Mortalidad Materna según control prenatal y causas. HVCM 2000-2006

CONTROL PRENATAL				
CAUSAS	No dato	no	si	TOTAL
desprendimiento de placenta	-	1	-	1
eclampsia	6	3	15	24
falla multisistémica	-	1	1	2
fistula enterocutanea	-	1	-	1
hemorragia postparto	1	-	1	2
ruptura hepática	-	1	-	1
sepsis puerperal	4	2	-	6
shock hipovolémico	-	1	1	2
suicidio	1	-	-	1
TOTAL	12	10	18	40

Fuente: Historias Clínicas Departamento de Estadística
HVCM

Responsables: Los autores